

KONAN UNIVERSITY

看護師の過失が問題とされた裁判例の検討

著者	前田 順司
雑誌名	甲南法務研究
巻	11
ページ	23-32
発行年	2015-03-01
URL	http://doi.org/10.14990/00002311

看護師の過失が問題とされた裁判例の検討

甲南大学法科大学院教授 前田順司

1 はじめに

東京地方裁判所及び大阪地方裁判所には、平成13年4月に全国に先駆けて医療訴訟事件を集中的に取り扱う医療集中部が創設されたが、平成13年4月から平成21年3月までに東京地裁、大阪地裁で言い渡された452件の医療訴訟の判決が医療訴訟ケースファイル Vol.1 から Vol.4（判例タイムズ社）までに掲載されている。その中で、看護師の過失が問題とされたり、医師の過失が問題とされる際に看護師の対応が問題とされた裁判例を検討することにより、看護師が執務を行う上でどのような点に注意すべきかを考え、看護師が適正に職務を遂行するための一助としたい。

2 看護師の過失が問題とされた裁判例の概要

(1) 医療過誤が起きると、損害賠償が求められる民事事件においては、看護師個人も被告とされ、民法709条に基づき不法行為による損害賠償請求が行われ、病院に対しては民法715条に基づき使用者責任が追及される場合と、診療契約を締結した法人たる病院、あるいは個人病院の経営者たる医師に対して、債務不履行（不完全履行）を理由に損害賠償請求が行われる場合の二つの類型がある。前者の場合は、看護師の過失が直接問題となるが、後者の場合においても、病院の債務不履行の内容として、診療契約の履行補助者という立場にある医師や看護師の過失

が問題とされる。

しかし、看護師は、医師とは異なり、治療内容及び手術内容を実際に決定した上で医療行為を担当するわけではないので、医療事故については、医師の過失を問題とする裁判例が圧倒的に多く、看護師を始め放射線技師等の検査技師、その他の病院職員の過失が問題とされる裁判例はさほど多くはない。

(2) 看護師の過失が問題とされ、あるいは、医師、病院の責任を判断する前提として看護師の看護態勢が問題とされた裁判例は、452件のうちの29件（6.4％）にすぎなかった（表1）。

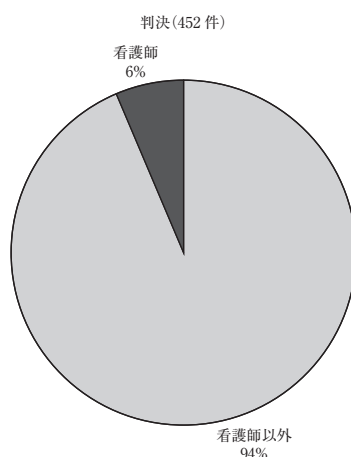


表1 452件の裁判例の内訳

29件の裁判例の内容をみると、患者が入院した場合の入院管理に関する看護師の対応が問題とされた裁判例が最も多く15件（52％）であり、次に多かったのは病院内の転倒事故、ベッドからの転落事故、窓からの転落事故について看護師の過失が問われた裁判例で8件（28％）であった。態様は様々であるが、看護師の単純ミスと考えられる裁判例は3件

(10%)であった。単純ミスの裁判例がさほど多くはないのは、この種の誤りについては責任が明白なことが多く、裁判前、あるいは裁判が提起されても和解で終了するためであると考えられる。自殺防止に関して看護師の過失が問題とされた裁判例が2件(7%)、医師、病院の責任を判断する前提として看護態勢について触れられていた裁判例が1件であった(表2)。

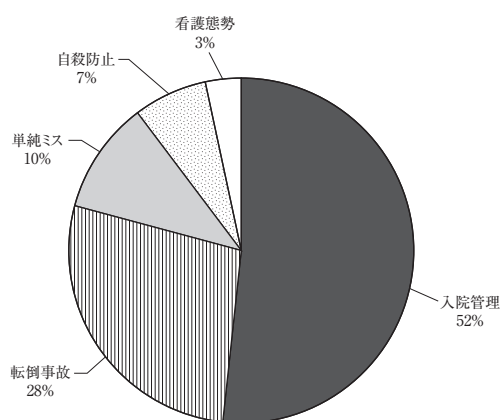


表2 看護師の過失が問題とされた29件の裁判例の態様

入院管理が問題とされて事件の内訳は、呼吸管理が5件、医師への報告が3件、出産、新生児管理の産婦人科関係が2件、精神科が1件、湯たんぽの使用が2件、介護施設及び精神病院における誤嚥防止が2件であった(表3)。次に多い転倒事故について

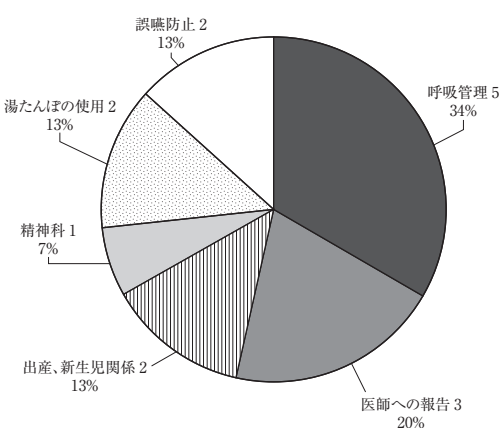


表3 入院管理が問題とされた13件の裁判例の態様

では、ベッドからの転落事故が4件、病院内の廊下での転倒事故、窓やバルコニーからの転落事故がそれぞれ2件であった(表4)。

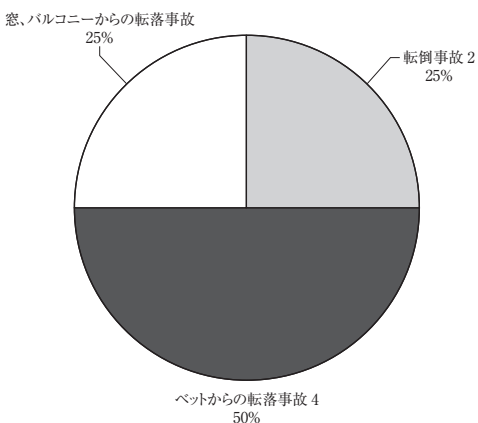


表4 転倒事故、転落事故が問題とされた8件の裁判例の態様

看護師の過失が問題とされた裁判例29件のうち、看護師の過失が認められ、請求が認容された裁判例が8件、看護師の過失が認められたが、因果関係が否定されたため請求が棄却された裁判例が1件であり、過失が認定されたのが9件(31%)であった(表5)。

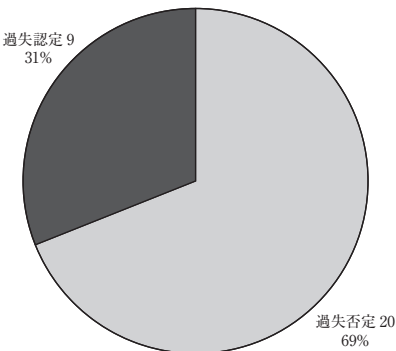


表5 29の裁判例の過失認定率

3 看護師の過失が問題とされた裁判例の検討

(1) 入院（通院での人工透析中の事故も含む。以下同じ）管理

ア 呼吸管理、医師への連絡報告

入院中の管理に関しては、看護師自身が行った呼吸の管理やのどに詰まった痰等を取り除く吸引措置について過失が問われた裁判例が多く、また、看護師が患者の呼吸状態等の急変を認識した後、医師に直ちに連絡、報告をして診察を受けさせなかった点に看護師の過失を問われた裁判例も多い。そのうち一審で看護師の過失が認められた裁判例が3件（①から③まで）あり、また、一審では看護師の過失が否定されたが、患者側から控訴され、控訴審で和解で終了した事件が3件ある。

①大阪地裁平成19年3月9日判時1991号104頁（医師への連絡、消化器外科、確定）（なお、医療訴訟ケースファイルに掲載された判決については、Vol2から控訴等の結果が記載されるようになった。）

裁判例①は、結論として腹会陰式直腸手術を受けた患者の術後管理を看護師のみに委ねたことが不適切であり、呼吸抑制又は低換気の進行を見落とした点に医師の過失を認めたものであるが、その前提として看護師の行動が問題とされた。

68歳の患者に全身麻酔の上、開腹を伴う手術を行った場合には、術後の低酸素血症を防止するため、患者が十分覚醒したと認められるまで、呼吸数や呼吸状態を観察するとともに、血中酸素飽和度をモニターしないのであれば、意識レベルのチェック等、低酸素血症ないしその前提となる呼吸抑制又は低換気状態を鑑別するための方法を施行すべき注意義務があるとした上で、医師がこれらを看護師に委ねる場合、その看護師が術後管理に習熟しているなどの特段の事情のない限り、通常より一層慎重に監視及びバイタルチェックを行い、異常がうかがわれた場合には直ちに医師に連絡するよう具体的に指示すべ

き注意義務があったのに、医師は看護師に具体的指示をすることなく、術後管理を看護師のみに委ねたところ、これを委ねられたB看護師は、午後9時20分頃には患者に痛覚反応が認められなくなっていたのに医師に連絡をするなどの措置をとらず、午後9時27分頃C看護師が生体監視モニターで心拍数が120程度から80程度に急激に下がるのを目撃して、B看護師に問い合わせるまで医師に連絡を行わず、そして、医師が午後9時30分頃到着したときには、患者が徐脈、呼吸停止状態にあり、その後、低酸素脳症、肺炎、敗血症、多臓器不全により死亡したという事実を基に、B看護師は、C看護師が異常に気付くまでの間、患者の異常を認識しなかったのであるから、術後管理に習熟しているとは認められず、B看護師のみに患者の術後管理を委ねたことを正当化すべき特段の事情もないとして、医師の過失を認めた。

②大阪地裁平成21年1月14日（医師の診察を受けさせる措置、介護老人保健施設、確定）

裁判例②は、介護老人保健施設において、劇症型肺炎に罹患し、転送先の病院で死亡した87歳の患者に対し、医師による診察を受けさせるための措置を講じなかった点に准看護師の過失を認めた。この介護老人保健施設は、夜間准看護師1名、介護職員2名の当直の体制にあったが、患者は午後11時頃の時点で、喘鳴と肺雑音が依然として認められ、脈拍が96と増加し、浅表性の呼吸が認められるなど呼吸状態が更に悪化し、水分補給を拒絶するなど病態の悪化が認められたので、この時点で肺炎等の何らかの疾患が生じていることが疑われ、医師による診療を必要とする状態にあったのに、准看護師がこの患者をナースステーション近くの病室に移しただけで、医師による診察を受けさせる措置をとらなかった点に過失があったとした。そして、患者の87歳の年齢を考慮し、医師の診察を受けても生存した高度の蓋然性は認めず、生存の相当程度の可能性だけを認めて慰謝料請求のみを認容した。

③東京地裁平成16年3月31日（吸引措置、患者の観察、総合病院循環器内科）

裁判例③は、精神発達が遅延し、けいれん発作を起こしたため緊急入院し、その後口腔からの痰の吹き出しが多く、毎日口腔及び気管カニューレから看護師による痰の吸引を行っていた患者が、午前4時30分から午前5時の間に心肺停止状態になり死亡した事例について、痰詰まりや誤嚥防止のために看護師には、30分ないし1時間に1回の割合で患者の症状を観察する義務があり、看護師の午後6時、9時、午前0時、3時、4時30分の5回の観察は不十分であり、看護師に過失が認められるが、午前4時30分から午前5時までの間の患者の急変と看護師の過失との間には因果関係は認められないとして、患者側の請求を棄却した。この事件では、病院側は、看護師の上記義務は認めた上で、実際看護師はどのように患者の状態を観察していたと主張していたが、看護記録の記載に従って、看護師が30分ないし1時間おきに観察していたという事実を認定することはできないとした。なお、裁判例③は、病院には、夜間の看護師の配置について、健康保険法及び厚生省告示の基準を超えて、看護師を配置する義務はないことも判示している。

④東京地裁平成15年5月21日（呼吸管理、公立病院呼吸器内科）

裁判例④は、ARDS（急性呼吸窮迫症候群）、MRSA 性の肺炎の入院患者に対し、呼吸を楽にするため坐位の処置を取っていたところ、患者が意識不明の状態、顔色が悪く、指先等の末梢も冷たくなっていたことから、看護師が、患者が循環不全に陥っているものと判断し、坐位から仰臥位頸部後屈下肢拳上と変換し、気道を確保し、血圧を回復することを試みたところ、患者が呼吸停止となり死亡した事例について、上記体位変換は、気道を確保し、血圧の回復を図ることを最優先にした措置であり、看護師に過失はないとした。

⑤東京地裁平成16年3月15日（吸引処置、総合病院内科）

裁判例⑤は、脳梗塞の既往歴を有し、寝たきりで末期状態にある明治40年生まれの患者に対し、午前0時15分頃、娘からの口腔内に唾がたまつたとの申出に基づき、酸素マスクをはずして、口腔内と鼻腔内から茶色の分泌物を吸引し、背部のタッピングを行ったところ、心拍数が40に落ち、血圧が測定不能になり、午前0時46分に心不全により死亡した事例について、看護師の吸引処置が乱暴過剰な吸引処置であったとは認められず、また、患者の死亡について事後的な説明を怠ったとは認められないとして、看護師の過失を否定した。

⑥大阪地裁平成18年12月8日（監視体制、大学病院耳鼻咽喉科、控訴後和解）

裁判例⑥は、甲状腺癌が気管に浸潤しているため、気管切開術を受け、その後装着された気管切開チューブが2度脱落して死亡した事例につき、チューブの固定用テープのフランジ部分を患者の皮膚に縫い付けろという方法を選択しなかった医師ないし看護師に過失はないとし、さらに、看護師は、患者の娘が異常に気付いてナースコールを行うより早くモニターのアラームにより酸素飽和度の低下に気づき、直ちに患者の病室へ行き、その2分後には医師による気管内挿管によって気道が確保され、酸素投与等の措置がとられ、第2次脱落への対応は極めて迅速にされていたと評価できるから、病院の態勢に関し、医師ないし看護師に過失があったとすることはできないとした。しかし、裁判例⑥は、患者側から控訴があり、控訴審で和解により終了している。気管切開チューブが2度も脱落して患者が死亡している事情が和解による解決になったものと推測される。

⑦大阪地裁平成18年4月28日（呼吸管理、救命措置、総合病院整形外科、控訴後和解）

裁判例⑦は、腰部脊柱管狭窄症の治療のため椎弓切除術を受けた患者（大正15年生）が、術後まもなく呼吸停止で死亡した事例について、術後心電図及び心拍数を持続的にモニターで確認し、その他のバイタルサインを15分おきに看護師が確認すると

いう管理方法は、一般的に適切なシステムとされていたことから、病院における患者の術後管理態勢に注意義務違反は認められないとし、また、看護師が患者の家族に呼ばれて病室に入り、患者の異変を認識してからアンビューバックによる人工呼吸が開始されるまでの時間は、長く見ても3分を超えていなかったと認められ、全体として蘇生措置開始までの病院の対応に法的な注意義務違反に反するものがあったとは認められないとして、看護師の過失を否定した。裁判例⑦は、患者側から控訴があり、控訴審で和解により終了している。裁判例⑦が、「看護師らの具体的対応において、個々的にはその当否が問題となり得るものがあるとしても、全体として、蘇生措置開始までの被告病院の対応に法的な注意義務に反するまでのものがあったとは認められない。」と判示していた点が控訴審における和解を促したと推測される。

⑧大阪地裁平成18年1月25日（医師への報告、総合病院内科、確定）

裁判例⑧は、洞機能不全症候群でペースメーカーの埋め込みを受け、発熱、頭痛、嘔吐等の症状で経過観察のため入院していた患者が脳幹部梗塞を原因として死亡した事例において、患者側が主張していた午後10時頃に患者が激しい頭痛を訴えていたという事実を否定し、強い頭痛を訴えていた午後11時40分頃には看護師が医師に報告しているので、看護師には過失がないとした。

⑨大阪地裁平成19年5月18日（出血量の経過観察等、医師への報告、個人病院産婦人科、控訴棄却、上告不受理）

裁判例⑨は、分娩の翌日死亡した患者について、准看護師は、医師から患者の出血が多めなので注意するようにとの指示を受けており、午前0時40分頃及び午前1時20分頃、患者の出血量や流血の有無、血圧、輪状マッサージによる子宮硬度・収縮の確認を行ったほか、午前1時頃、午前1時30分頃、医師に対し出血量や血圧等と共に、患者が腹痛や息苦しさを訴えている旨、同医師から求められていた患

者の状態の観察及び報告を行っていたから、患者に対する出産前後の出血量のチェック等の経過観察を怠り、患者の分娩時の子宮下部裂傷による出血性ショックを見逃した過失はないとした。なお、裁判例⑨は、医師に対しては、出産前後の出血量のチェック等の経過観察を怠り、患者の分娩時の子宮下部裂傷による出血性ショックを見逃した過失を認めた。

⑩大阪地裁平成19年7月20日（カンガルーケア実施の際の看護態勢、個人病院産婦人科、控訴後和解）

裁判例⑩は、カンガルーケア（仰向けになった母親の胸腹部上に腹ばいで寝かされる処置）の措置をとられた新生児が全身異常状態で発見され、その後植物状態になって死亡した事案について、助産婦が観察しており、救命救急措置を行うことができる准看護師2名も診療所内におり、児に異常が認められれば直ちに対処可能な状態にあったことなどから看護態勢の過失を否定した。

裁判例⑩は、患者側から控訴があり、控訴審で和解により終了しているが、助産婦が観察していたとしても、児が全身異常状態になるまで気付いていない点が問題にされたと推測される。

⑪東京地裁平成18年8月31日（入院後の患者の観察、精神科、確定）

裁判例⑪は、医療保護入院となり、身体拘束され精神療法及びセレネースの持続点滴を受けていた患者が心停止の状態で見られ、肺塞栓症により死亡したことについて、看護師において約30分おきの臨床的観察が法的に義務付けられるとしても、看護師においてその義務に違反したとはいえないとして、看護師の過失を否定した。

イ 患者に対する湯たんぽの使用

患者に対する湯たんぽの使用に際して、患者が傷害を負った事例については、2件共看護師等の過失が認められた。

⑫東京地裁平成15年6月27日（糖尿病患者に対する湯たんぽの使用、個人病院）

裁判例⑫は、糖尿病性腎症等による末梢神経障害

により両下肢の感覚がほとんどなく、かつ、脳梗塞により右下半身不随の患者に対し人工透析を行っているときに、看護師等病院職員が患者の足下に湯たんぽを置いたことにより、患者が低温熱傷になり、結局、敗血症、多臓器不全により死亡したという事例について、感染の危険性の高い熱傷等を負わせないようにする注意義務を怠ったとして、病院職員の過失を認めた。この事件では、湯たんぽを使用する場合、熱傷を負わせないようにすべき注意義務があることは争いがなく、病院側は、湯たんぽを置いたのは病院職員ではないと争っていたが、病院が東京都医師会の医事紛争処理対策室に提出した回答書面に基づき、湯たんぽを置いたのは病院職員であるという事実を認めた。

⑬東京地裁平成16年2月16日（入院中の湯たんぽの使用、病院法人）

裁判例⑬は、全身麻酔で右膝の手術を受けた患者のベッドを暖めておくために看護師が入れた湯たんぽに巻き付けられていたタオルが剥がれたため、患者が左下肢に熱傷深度Ⅱ度の熱傷を負い、瘢痕が残った事例について、看護師が知覚が鈍麻している足先から離れた位置に湯たんぽを置くか、湯たんぽに巻き付けていたタオルが剥がれないようにすべき義務に違反した過失があるとした。

ウ 介護施設や精神病院における誤嚥防止

介護老人保健施設や精神病院では、入所者が食事中に誤嚥を起こして死亡するケースがあり、この点に関する裁判例が2件ある。

⑭大阪地裁平成17年2月9日（誤嚥防止、介護老人保健施設、控訴後変更）

裁判例⑭は、介護施設内の誤嚥による死亡事故について、担当看護師が患者の食事を刻み食から一口大に切った常食へと変更したことについて、医師らへの事前の相談を行わずに変更したものであるから、慎重さが欠けていた感是否めないが、患者の病院及び自宅の咀嚼状況を把握した上でこのことで合理的な根拠があったとして、この点についての看護師の注意義務違反を認めず、また、家族及び付添人が

患者の食事の介助を行うことに特段の問題があったということはできず、万一誤嚥が生じた場合でも、できるだけ速やかに吸引に取りかかる体制はできていたとして、食事中に看護師が付き添うべき注意義務があったとは認められないとして、看護師の過失を否定した。裁判例⑭は、控訴審で変更されたが、一審判決では、患者が車椅子乗車中に立ち上がって転倒したことについて、施設職員の過失を認めて損害賠償請求を認容していたので、控訴審がその賠償額を変更したのか、看護師の過失まで認めたのかは不明である。

⑮大阪地裁平成18年2月22日（誤嚥防止、精神病院、確定）

裁判例⑮は、精神疾患により入院中の患者が一人で食事中に心肺停止で死亡した事案について、患者は、食事を経口摂取しており、嚥下障害や咀嚼困難も特に認められず、意識障害をうかがわせる事情も見られなかったことからすると、看護師らにおいて、患者が食事をする際、常時患者を監視すべきであったとはいえないから、患者一人で食事をさせた看護師の判断が相当でなかったとはいえず、看護師らに患者の監視を怠った過失は認められないとした。

(2) 転倒事故、転落事故

病院内における転倒事故、転落事故に関して、看護師の過失が問われた裁判例は少なくない。患者側の親族としては、治療で死亡し、又は傷害を負うのはやむを得ないが、安全であるべき病院で事故が起きてそのような事態になるのは忍びないという気持ちが背景にあると思われる。しかし、一方、裁判例では、このような事故を起こす本人の問題点も指摘されており、転倒事故等に関して、一審において、看護師の過失を認めた裁判例はなかった（なお、裁判例⑳だけが、患者側からの控訴後、控訴審で原判決が変更された。）。

ア 病院内での転倒事故

- ⑬東京地裁平成16年3月31日（洗面所に行く途中で転倒、国立病院）

裁判例⑬は、悪性リンパ腫の治療として自己末梢血管細胞移植併用大量化学療法を実施されていた患者が病室内の洗面所に行こうとしてふらつき転倒して顔面を強打したことについて、転倒事故の翌日にも患者はベッド柵を外して一人で移動していた事実から、上記転倒事故は、患者が看護師らの「勝手に動かず、ナースコールするように」との指示に従わなかった不注意により生じたものであると認定して、看護師の過失を否定した。

- ⑭東京地裁平成14年5月17日（睡眠薬投与中の転倒事故、総合病院）

裁判例⑭は、食道ガンの検査のために入院し、不眠症のためハルシオン1錠の投与を受けていた患者が、午前1時にトイレに行った際、トイレ入口スロープが水に濡れていたため転倒したと主張した事案について、患者はトイレ入口スロープではなく、トイレに至る廊下部分で転倒したと認定し、患者にはハルシオン投与後も異常が認められず、医師に患者の夜間独力歩行を禁止すべき義務は認められないし、看護師にも患者の行動を特に観察看護すべき義務があったとは認められないとして、看護師の過失を否定した。

イ ベッドからの転落事故

- ⑮東京地裁平成15年9月25日（ベッドからの転落、総合病院）

裁判例⑮は、眼の手術後、患者が一人でトイレに行こうとして、ベッドから転落して大腿骨骨頭壊死症になった事例について、患者側が、看護師において夜間の巡視、排尿間隔等に注意して排尿を促し、適時にトイレ介助をする義務の違反があり、かつ、ベッド柵を上げておくべき注意義務に違反したと主張した事案について、ナースコールのシステムが存在し、患者がそれを理解できる精神的能力を有し、使用できる身体的能力を有する場合、夜間の巡視、排尿間隔等に注意して排尿を促し、適時にトイレ介

助をする義務まで負うとは認められず、また、ベッド柵は、患者が眠っている間にベッドから落ちないようにすることを目的とするものであって、一人でベッドから降りないことを目的とするものではないとして、ベッド柵が下がっていたとしても本件事故との因果関係はないとした。

- ⑯大阪地裁平成16年3月10日（ベッドからの転落、総合病院）

裁判例⑯は、肝性脳症の患者がベッドから転落して死亡した事故に関して、ベッド柵を紐で固定しなかったことなどの過失が問われた事例について、患者が自らベッド柵をはずすなどの異常事態を予測できなかったから、ベッド柵を紐で縛って固定したり、家族に付添いを依頼したりすべき義務まで認められないとして、看護師の過失を否定した。

- ⑰大阪地裁平成17年11月9日（ベッドからの転落、整形外科、控訴棄却）

裁判例⑰は、頸椎椎弓形成術を受けるために入院し、マイスリーの投与を受けた患者がベッドから転落して四肢機能障害を負ったことについて、巡回の必要性、ベッドではなく布団の使用、ベッド脇にマットレスを敷くべきことなどが問われた事例について、尿意を催した場合にはナースコールを押して看護師を呼ぶように説明していたことなどから、上記のいずれにおいても注意義務違反を認めなかった。

- ⑱大阪地裁平成19年11月14日判タ1268号256頁（ベッドからの転落、公立病院ICU、控訴原判決変更）

裁判例⑱は、脳内出血等によりICUに入院中の患者がベッドから転落して右前頭葉脳挫傷等の傷害を負ったことについて、上肢の自由がきくようにして抑制帯を用いたこと、緩衝用マットを使用しなかったことの過失が主張された事例について、患者の体動はそれほど大きなものではないと予想したこと、患者は意思疎通が一応可能であり、以前にベッドから転落したこともなかったことから、上記の点についていずれも看護師の過失を認めなかった。しかし、この判決は、患者からの控訴後、控訴審で変

更された。

ウ 窓からの転落事故

②②東京地裁平成15年11月19日（窓からの転落、総合病院）

裁判例②②は、多発性脳梗塞の疑いの患者が病室から抜け出し、踊り場の窓の施錠を解いた上で窓から地上に転落し意識不明の重篤な症状に陥ったことについて、患者は転落直前に窓枠に捕まって助けを求めているのを見つけた看護師が引き上げるなどの適切な転落防止策を講じなかった過失及び看護師の安全配慮義務違反を主張された事例について、看護師は患者を引き上げることができるほどの屈強な者ではないから、看護師が落下に備えるために地面にマットを敷くべき警備員を呼ぼうとした行動はやむを得ないものであり、看護師に過失はないし、患者は病院を逃げ出そうとしたり、窓から飛び降りようとするなどして自殺を図ったことは一度もなく、看護師において患者の異常行動は予見不可能であり、結果を阻止できなかったことに安全配慮義務違反はないとした。

②③大阪地裁平成20年11月19日（バルコニーからの飛び降り、精神病院、控訴棄却、上告不受理）

裁判例②③は、看護師から他の患者のポケットに手を入れていた状況を聞かれた精神病院入院中の患者が、突然走り出し消防用進入口扉に体当たりしてその扉を壊して、バルコニーに出てそこから飛び降りた事例について、従前の患者の症状及びそれまでの言動等に照らせば、患者が急に走り出して扉に体当たりするなどの行動を予見できなかったとして、看護師の過失を否定した。

(3) 自殺防止策

精神病院における閉鎖病棟入院の適応ある患者や自殺行動に出ることが予想される患者については、看護師を始めとする病院側は、自殺防止のために有効な措置をとらなければならない、これを怠ったとき過失が肯定される。

②④大阪地裁平成16年2月9日（縊死（いし）自殺、認容、国立病院精神科）

裁判例②④は、うつ病性患者で、何度も自殺を図っている患者について、本来閉鎖病棟に入院されるべきであったのに、閉鎖病棟が満床であったため、開放病棟の個室に入院させたところ、カーテンレールに備え付けてあった点滴装置用台フックに患者が入院の際持ち込んだヘアードライヤーのコードを掛けて縊死（いし）自殺を図って蘇生後後遺症の障害を負った事例について、看護師は、閉鎖病棟の適応ある患者については、閉鎖病棟での取扱いに準じて、患者及び家族らが持ち込む荷物を点検し、ヘアードライヤー等の危険物が持ち込まれないようにすべき義務があるのに、妹が持ち込んだ荷物の点検をしないでヘアードライヤーを病室に持ち込ませてしまった点に十分な監護、監視義務を尽くしたとはいえないとして、看護師の過失を認めた。

②⑤東京地裁平成18年10月2日（投身自殺、精神科、控訴棄却）

裁判例②⑤は、心因反応と診断され、全身状態改善のために精神科に入院し、睡眠剤、精神安定剤の投与を受けていた患者が、4階のベランダから投身自殺を図った事例について、患者には差し迫って自殺を予測される言動が見受けられなかったとして病院における巡視態勢、看護・監視態勢に不適切な点はなかったとした。

(4) 単純ミス

②⑥東京地裁平成14年2月20日（認容、国立病院整形外科）

裁判例②⑥は、直腸造影検査の際に、看護師が2回にわたってバルーンカテーテルを誤って膣に挿入し、膣にバリウムを注入してしまったことについて、看護師の過失を認めた。

②⑦東京地裁平成16年11月11日（認容、リハビリテーション治療、控訴）

裁判例②⑦は、看護師が膀胱路用カテーテルの交換を行うためにベッドを上げた後に患者の頭上に設置

されていた痰吸引用のガラス瓶が落下して患者が負傷したことについて、病院従事者には本件吸引瓶が落下しないように固定する方法で設置、管理するか、落下しても患者の身体に傷害が生じないような位置に本件吸引瓶を設置する義務の違反があったことを認めた。

㉔東京地裁平成18年4月20日判タ1225号286頁(認容、総合病院整形外科、控訴棄却、上告棄却)

裁判例㉔は、オリーブ橋小脳萎縮症を発症し、寝たきりの状態になり、運動失調及び筋力低下のため、両上肢機能が全廃し、独力で座位を保つことができない状態になり、誤嚥性肺炎に罹患したため永久気管ろうが造設された患者に対して、看護師が入浴を介助する際、その永久気管ろうに通気性のないサージカルドレーブを貼り付けた行為を過失と認め、遷延性意識障害の後遺障害を生じさせたことによる損害賠償を認めた。

(5) 医師の過失の前提としての看護態勢

㉕東京地裁平成16年4月19日(介護老人保険施設)

裁判例㉕は、介護老人保健施設における医師の過失を判断する前提として、夜間の体制についても判断を加え、医師はおらず、看護師も入所者120名に一人の割合で配置されるのみであり、入所者の体調が変化した場合には、一般的な感冒薬や解熱剤を投与する程度の簡易な対応はできるものの、感染症に対する検査設備もなく、抗生剤を投与することもできないことから、肺炎が重症化して病院における措置が必要とする場合や敗血症が疑われる場合は、速やかに病院に搬送すべきであるということを指摘した。

4 若干の検討

以上の裁判例を通して、看護師が患者に対する看護業務を行う上で特に注意すべき点を検討する。

(1) 第1に、看護師は患者に対する看護を行うに当たって、医学的な根拠を持って行うことが重要であ

ると考えられる。

裁判例は、看護師の過失を判断する前提として、看護師が負うべき注意義務の内容を明らかにしているのは当然のことであるが、加えて、看護師において、医師からどのような具体的な指示を受けていたか、また、患者がどのような状態であったかという事実を認定した上で、看護師の過失判断が行われている。裁判所が看護師の注意義務の内容を決定するよりどころとして、学会等が出しているガイドラインが挙げられるが、医師の指示に従って看護を行うことが多い看護師にとって、医師からどのような具体的な指示を受けていたかは看護師の注意義務を判断する上で極めて重要な考慮要素となる。また、看護師は、患者の状態を把握して、医師の指示に従い、又は独自の判断の下看護処置を行わなければならない、看護師が把握した患者の状態がどのようなものであったかも重要な考慮要素となる。裁判例③が、看護師は痰詰まりや誤嚥防止のために30分ないし1時間の割合で患者の症状を観察すべき義務があると判示し、裁判例⑨が、医師から患者の出血が多めなので注意をするようにとの指示を受けていたと認定し、裁判例①が、患者に痛覚反応が認められなくなっていたと認定しているのがそれである。

看護師は、自分がとった看護行動、看護措置について、その根拠は何かということを考えておく必要があるし、医療紛争が生じて他人から看護師の行動の意味を問われたときには明確な根拠をもって説明できることが重要である。

(2) 第2に、看護師において、医師や他の看護師等との連携や意思疎通を図って仕事を行っていくことの重要性が挙げられる。

現在の医療は、医師、看護師、放射線技師等の専門職がチームとなって医療行為を行っているが、特に医師の指示を受けて行動する看護師としては、医師との連携及び意思疎通が重要であり、日頃から医師との間の報告、連絡、相談が円滑に実施できるように配慮しておく必要がある。医師においては、看護師に対する指示内容を具体的にしておくことが重

要であるし、看護師においては、医師の指示が具体的でなかった場合には、医師に質問して明らかにしておくことが必要となる。また、看護師は、患者の状態によって、躊躇することなく医師への連絡、報告を行う必要がある。裁判例①では、医師の看護師に対する指示が具体的でなかったことが指摘されたものであるし、裁判例①、②では、看護師が医師に連絡しなかった点が看護師又は医師の過失判断の考慮要素とされ、裁判例⑧、⑨では、医師に報告している点で看護師の過失が否定された。

(3) 第3に、看護師として、看護記録に看護処置の内容、患者の状態等を正確に記載しておくことが重要である。

医師作成の診療録は、概して簡単な記載が多く、医療裁判においては、診療録と患者の状態が詳細に記載されている看護記録と総合して、医療行為の内容、患者の状態の推移等の事実を認定することが多い。医療紛争が起こってしまった後の医師、看護師の法廷での証言よりも、紛争が起きる前に記載された診療録、看護記録の記載の信用性は一般的に高いと考えられている。裁判例③は、看護記録に記載がなかったために、看護師が30分ないし1時間おきに患者の状態を観察していたという病院側の主張を認定することはできないとしたものであり、裁判例⑫は、病院が東京都医師会の医事紛争処理対策室に提出した回答書面に基づき、湯たんぽを置いたのは病院職員ではないとの病院側の主張を排斥し、湯たんぽを置いたのは病院職員であるという事実を認定した。

さらに、医療訴訟を担当した経験からすると、診療録では患者の状態は良好に推移していると記載されているのに、看護記録では必ずしもそのような記載になっていないなど、診療録と看護記録の各記載に齟齬がある場合も少なくない。診療録及び看護記録には正確な内容を記載するという観点からも、上記(2)で指摘した医師と看護師の連携、意思疎通を図ることが重要と考えられる。

(4) 最後に、患者との信頼関係を構築することの重

要性を強調したい。

医療訴訟は、患者側と病院側（医師、看護師）との信頼関係が構築されていれば、病院に過失があっても起きないが、反対に、患者側と病院側との信頼関係がなければ、医療行為に過失が認められなくても医療訴訟として提起されるという実情にあることはよく指摘されることである。病気で不安を抱える患者にとっては、看護師の丁寧な応対、優しい言葉かけや気遣いが何より患者の心の支えとなるものである。コミュニケーション能力の欠ける医師の存在も指摘されているところ、看護師にとってそのような医師の能力不足を補うことも大切な役割であろう。

看護師には、困難な状況の中にあって、日本の医療の安全を支えるために活躍されることを期待したい。

（この論稿は、平成26年6月21日に行われた兵庫県看護師協会2014年度神戸東部支部教育研修での講演に若干の加筆をしたものである。）